

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему

## Оригінальні дослідження

УДК 616.12-008.331.1:312-056.316.356.2-051

DOI 10.11603/1811-2471.2017.v1.i3.8055

### ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

©О. О. Аліфер

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ*

**РЕЗЮМЕ.** Артеріальна гіпертензія (АГ) незмінно залишається головним фактором ризику серцево-судинних захворювань, інвалідизації та передчасної смерті. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, АГ – найбільша в історії людства неінфекційна пандемія, яка визначає структуру серцево-судинної захворюваності та смертності.

**Метою** дослідження було визначення змін якості життя у пацієнтів з артеріальною гіпертензією залежно від вікового аспекту.

**Матеріал і методи.** Обстежено 60 пацієнтів з АГ, вік яких коливався від 51 до 76 років та в середньому становив  $(58,19 \pm 0,80)$  років. При цьому 11 пацієнтів жіночої статі були віком від 51 до 59 років (18,3 %), 12 пацієнтів – від 60 до 69 років (19,9 %), 9 пацієнтів – від 70 до 76 років (14,9 %); та 16 пацієнтів чоловічої статі були у віці від 54 до 65 років (26,6 %), 12 пацієнтів – у віці 66 років та старше (19,9 %).

Усім хворим на початку та наприкінці дослідження проводили офісне вимірювання систолічного (САТ) і діастолічного (ДАТ) артеріального тиску, якість життя оцінювали за допомогою опитувальника SF-36.

**Висновки.** У результаті дослідження виявлено, що показники ЯЖ пацієнтів з АГ статистично значно знижені за усіма шкалами опитувальника SF-36, за винятком шкали соціального функціонування (СФ). Чим вищим був ступінь зниження САТ і ДАТ, тим більше зростала оцінка фізичного та психічного компонентів здоров'я.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** артеріальна гіпертензія; якість життя; віковий аспект; опитувальник SF-36.

**Вступ.** За прогнозами ВООЗ, до 2020 року серцево-судинні захворювання (ССЗ) випередять інфекційні хвороби як провідну причину смерті та інвалідності. Ці причини тісно пов'язані з артеріальною гіпертензією (АГ) – одним з найпоширеніших хронічних захворювань людини.

В Україні за останні 30 років епідеміологічна ситуація щодо хвороб системи кровообігу значно погіршилася: їх поширеність серед населення зросла в 3,5 раза, а рівень смертності – на 46 %. Найпоширенішою серед них є саме АГ, на яку страждають 11,9 млн чоловік, з яких 5,0 млн осіб працездатного віку. Станом на 1 січня 2017 року в Україні зареєстровано 12,1 млн хворих на АГ, що становить 32,2 % дорослого населення країни [1, 2].

Проблема лікування артеріальної гіпертензії, з огляду на те, що у 2025 р. очікується 1,5 млрд осіб з підвищеним артеріальним тиском, зумовлює необхідність впровадження як сучасних методів діагностики, так і найефективніших підходів до лікування.

На сьогоднішній день поширеність артеріальної гіпертензії серед чоловіків становить 42 %, у жінок 38 %, яка збільшується з віком.

Поінформованість пацієнтів про наявність у них підвищеного артеріального тиску теж залишає бажати кращого: 37,1 % чоловіків і 58,9 % жінок знають про наявність у них захворювання

(отже, більше 60 % чоловіків і 40 % жінок не підозрюють про наявність артеріальної гіпертензії); отримують лікування 21,6 % чоловіків і 45,7 % жінок, але ефективність терапії (тобто досягнення цільових рівнів артеріального тиску) відзначена всього лише у 5,7 % чоловіків і 17,5 % жінок. Ці дані змушують пильно вивчати причини такого становища. Слід підкреслити асоціацію АГ з іншими факторами ризику: з гіперхолестеринемією, курінням, надмірною масою тіла, гіподинамією тощо [6, 7, 8].

З віком частота виявлення артеріальної гіпертензії збільшується більш ніж утричі: з 16,1 % у віці 25–34 роки до 51,5 % – у 55–64 роки. Збільшується поширеність ІХС – майже в 5 разів: з 7,2 % у віці 25–34 роки до 33,3 % – у 55–64 роки. Аналогічні тенденції характерні для динаміки поширеності аритмій, однак частота їх зростає в меншій мірі: з 1,5 % в осіб у 25–34 роки до 5,3 % – у віці 55–64 роки, тобто в 3,5 раза [9, 10].

Останні десятиліття відмічені підвищенням інтересу до досліджень ЯЖ і зростанням ролі цих досліджень у медицині. Дослідження якості життя (ЯЖ) в медицині – це унікальний підхід, що дозволив принципово змінити традиційний погляд на проблему хвороби і хворого [13, 14, 15].

ЯЖ розглядається як пов'язана зі здоров'ям інтегральна характеристика фізичного, психоло-

гічного та соціального функціонування здорової або хворої людини, заснована на її суб'єктивному сприйнятті [17, 18, 19]. Кінцевою метою будь-якої терапії є збільшення тривалості життя і поліпшення його якості, у цьому зв'язку науковці приділяють увагу дослідженню ЯЖ дорослих пацієнтів з ВВС та розробці ефективних методів фізичної реабілітації та психосоціальної адаптації хворих.

На сьогодні вважається, що якість життя є характеристикою фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування, що має в основі суб'єктивне сприйняття. У медицині якість життя визначається передусім станом здоров'я, тому в даному випадку коректно застосовувати поняття «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» (в англійській літературі «health-related quality of life») [21].

Основним інструментом для «кількісного» визначення якості життя є опитувальник. Усі існуючі на сьогодні опитувальники можна поділити за певними ознаками: за специфічністю, об'ємом, побудовою та способом аналізу результатів, за респондентом, способом отримання інформації [11, 12].

**Мета** – визначення змін у якості життя пацієнтів з артеріальною гіпертензією залежно від вікового аспекту.

**Матеріал і методи дослідження.** Дослідження проводилось на базі денного стаціонару ДАХК «АРТЕМ» м. Києва, що є однією з баз кафедри загальної практики (сімейної медицини) Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

Об'єктом дослідження були пацієнти віком від 40 до 79 років, які мають гіпертонічну хворобу з помірним та високим ступенем ризику, з урахуванням серцево-судинного ризику, ліпідного профілю та індексу маси тіла. ЯЖ визначали шляхом добровільного анкетування пацієнтів з використанням опитувальника SF-36.

На сьогодні обстежено 60 пацієнтів з АГ, серед яких 32 жінки (53,3 %) та 28 чоловіків (46,6 %). Вік обстежених коливався від 51 до 76 років та в середньому становив  $(58,19 \pm 0,80)$  років. При цьому 11 пацієнтів жіночої статі були віком від 51 до 59 років (18,3 %), 12 пацієнтів – від 60 до 69 років (19,9 %), 9 пацієнтів – від 70 до 76 років (14,9 %) та 16 пацієнтів чоловічої статі були у віці від 54 до 65 років (26,6 %), 12 пацієнтів були у віці 66 років та старше (19,9 %).

Контрольну групу склали 36 практично здорових осіб.

Есенціальна артеріальна гіпертензія визначалася у пацієнтів з АГ, які не отримували раніше лікування з приводу цього захворювання, з  $160 \text{ мм рт. ст.} \leq \text{САТ} < 180 \text{ мм рт. ст.}$  і  $100 \text{ мм рт. ст.} \leq \text{ДАТ} < 110 \text{ мм рт. ст.}$  або з ізольованою систолічною гі-

пертензією ( $160 \text{ мм рт. ст.} \leq \text{САТ} < 180 \text{ мм рт. ст.}$ ) або пацієнтів з артеріальною гіпертензією, у яких АТ не контролюється належним чином і які зараз отримують монотерапію протягом щонайменше 4 тижнів (за винятком пацієнтів, які отримують периндоприл 10 мг або амлодипін 10 мг) з приводу поєднаної систолічної і діастолічної гіпертензії ( $150 \text{ мм рт. ст.} \leq \text{САТ} < 180 \text{ мм рт. ст.}$  і  $95 \text{ мм рт. ст.} \leq \text{ДАТ} < 110 \text{ мм рт. ст.}$ ) або ізольованої систолічної гіпертензії ( $150 \text{ мм рт. ст.} \leq \text{САТ} < 180 \text{ мм рт. ст.}$ ).

Критеріями виключення з дослідження були наявна симптомна ортостатична гіпотензія; вторинна артеріальна гіпертензія; ізольована діастолічна артеріальна гіпертензія, яка визначалася при  $\text{ДАТ} > 90 \text{ мм рт. ст.}$ ; ускладнена артеріальна гіпертензія: відома гіпертензивна ретинопатія III або IV стадії, мікроальбумінурія; цукровий діабет 1 або 2 типу; ожиріння, яке визначалося при індексі маси тіла  $\geq 32 \text{ кг/м}^2$ ; наявність в анамнезі або на даний момент лімфатичного набряку або набряку нижніх кінцівок (однобічного або двобічного) венозного походження: раніше відомого або виявленого при клінічному огляді на візиті відбору, обумовленого блокаторами кальцієвих каналів, особливо амлодипіном (що призвело до зниження дози амлодипіну шляхом титрування або відміни препарату); нестабільна стенокардія; порушення шлуночкового ритму; набряку, пов'язаного із попереднім застосуванням інгібітора АПФ.

Тривалість участі пацієнтів у дослідженні становила 14 тижнів та включала візит на 4 та 12 тижнів лікування.

Більшість хворих на АГ, включених у дослідження, були похилого і старечого віку. Контроль стану пацієнтів та клінічні, лабораторні та інструментальні дослідження проводили на 4 та 12 тижнях лікування.

Усім хворим на початку та наприкінці дослідження проводили офісне вимірювання САТ і ДАТ артеріального тиску з визначенням ЧСС, електрокардіографію (ЕКГ), біохімічне дослідження крові з визначенням кліренсу креатиніну, оцінку якості життя за допомогою опитувальника SF-36.

Оцінка якості життя на початку та в процесі лікування проводилась за допомогою опитувальника SF-36.

Обстежені мали на початку дослідження значне, порівняно зі здоровою популяцією, зниження оцінок за шкалами РА, ЗЗ, СФ, РФЕ та ПЗ. За загальними показниками психічний компонент здоров'я був значно меншим від норми, тоді як фізичний компонент майже не відрізнявся від такого в нормальній популяції. Це свідчило про те, що в пацієнтів з м'якою та помірною АГ спостерігали більш значне погіршення психоемоційного стану, ніж фізичного.

Нами було визначено, що основні показники клініко-інструментального та біохімічного обстеження незалежно корелювали з показниками, що характеризували якість життя пацієнтів. Показник РФ достовірно корелював з віком (чим він був більшим, тим більше фізичний стан обмежував можливість виконувати роботу), рівнем середньодобового, денного та нічного САТ (чим вищим був тиск, тим більші фізичні обмеження мав пацієнт при виконанні повсякденної роботи).

Больові відчуття були пов'язані з тривалістю АГ (чим вона була більшою, тим частіше біль обмежував активність пацієнта), індексом маси тіла, наявністю ішемічної хвороби серця – стенокардії, наявністю цукрового діабету.

Оцінка ЗСЗ частіше була заниженою в пацієнтів з ознаками серцевої недостатності, з більш високим офісним САТ. Відчуття пацієнтом повноти

життя залежало від віку (у людей похилого віку оцінка була вищою).

Оцінка обмежень пацієнта в спілкуванні залежала від рівня офісного САТ та наявності ознак серцевої недостатності.

Як виявилось, у хворих обох груп вихідні показники фізичного функціонування були гіршими за аналогічні показники у практично здорових людей. На тлі лікування в 1 групі приріст становив 10,0, а в 2 – 3,1 бала (відмінність абсолютних значень 7) (табл. 1). Вплив фізичного стану на рольове функціонування (РФ) виявився також меншим, ніж у здорових, причому навіть на тлі лікування, в процесі якого спостерігалось зростання показника, його величина так й не досягла належних значень в групі контролю. Інтенсивність болю (ІБ) мало чим відрізнялася від показника здорових і в процесі лікування його величина достовірно не змінювалася.

Таблиця 1. Зміни показників якості життя у пацієнтів з артеріальною гіпертензією

Показник за шкалою SF-36	Контрольна група (1 група)		Базисна група (2 група)	
	4 тиждень	12 тиждень	4 тиждень	12 тиждень
ФА – фізична активність	22,3±3,6	43,8±4,2	21,4±2,8	26,8±1,7
РФ – рольове (фізичне) функціонування	24,7±2,6	41,2±3,8	22,6±2,1	51,2±3,9
ІБ – інтенсивність болю	33,5±2,8	50,9±3,2	28,4±3,7	55,9±4,8
ЗЗ – загальне здоров'я	32,1±3,1	46,2±5,1	26,2±4,6	56,4±2,4
ЖА – життєва активність	27,6±3,3	38,8±3,9	21,2±4,8	50,2±3,9
СФ – соціальне функціонування	33,8±2,7	48,3±3,8	30,6±3,6	46,1±5,2
ПЗ – психологічне здоров'я	38,1±4,6	40,2±3,5	27,4±2,7	45,8±3,2

Життєва активність (ЖА) на тлі лікування (12 тиждень) в 2 групі зросла – (50,2±3,9) проти (38,8±3,9). Соціальне функціонування (СФ) виявилось гіршим за відповідну величину показника у здорових, але в процесі лікування цей показник достовірно збільшився з (30,6±3,6) до (46,1±5,2). Жодна з лікувальних програм не впливала на «вплив емоційного стану на рольове функціонування», «оцінку психічного здоров'я» і «психічний компонент здоров'я». Величина впливу емоційного стану на рольове функціонування після лікування в обох групах не досягла рівня здорової людини.

Під впливом антигіпертензивної терапії не тільки достовірно зменшувався АТ, а й значно покращувалася ЯЖ хворих (особливо психічний стан, значне погіршення якого спостерігали на початку дослідження).

Таким чином, у пацієнтів середнього і похилого віку спостерігали більш значне погіршення психічного стану здоров'я, ніж фізичного, яке тісно корелювало з рівнем АТ та наявністю ураження органів-мішеней або супутньої патології.

**Висновки.** Якість життя у хворих на АГ характеризується комплексним погіршенням показників якості життя: ФФ, впливу фізичного стану на РФ, ЗСЗ, ЖА, СФ, ПЗ. При цьому в більшій мірі порушеними виявилися показники, що відображають фізичний стан здоров'я.

На початку дослідження обстежені мали значне, порівняно зі здоровою популяцією, зниження оцінок за шкалами РФ, ЗСЗ, СФ, РФЕ та ПЗ. Показник РФ достовірно корелював з віком (чим він був більшим, тим більше фізичний стан обмежував можливість виконувати роботу), рівнем се-

редньодобового, денного та нічного САТ (чим вищим був тиск, тим більші фізичні обмеження мав пацієнт при виконанні повсякденної роботи).

В обстежених пацієнтів з м'якою та помірною артеріальною гіпертензією фізичний стан здоров'я майже не відрізнявся від такого в здоровій популяції, тоді як психічний стан був значно гіршим, що тісно корелювало з рівнем артеріального тиску та наявністю ураження органів-мішеней або супутньої патології.

У пацієнтів середнього і похилого віку спостерігали більш значне погіршення психічного стану здоров'я, ніж фізичного, яке тісно корелювало з рівнем АТ та наявністю ураження органів-мішеней або супутньої патології.

У хворих похилого віку значно частіше відмічали ускладнення АГ, особливо порушення мозкового кровообігу. У той же час після лікування таких хворих антигіпертензивними фармаколо-

гічними засобами значно знижувалася як захворюваність, так і смертність від цієї патології

Психологічні показники виявилися менш зниженими, порівняно із показниками, що відображають фізичний стан здоров'я. Між тим, такі порушення мають вторинний характер, залежать саме від фізичних характеристик.

Ефективна антигіпертензивна терапія сприяла покращенню оцінки стану здоров'я. Чим вищим був ступінь зниження систолічного і діастолічного артеріального тиску, тим більше зростала оцінка фізичного та психічного компонентів здоров'я.

Позитивні зміни оцінки стану якості життя залежали не тільки від зниження артеріального тиску, а й від вибору препарату та можливості пацієнта придбати медикаменти (чим вона була більшою, тим більше покращувався психічний компонент здоров'я у хворих, що отримували стандартну антигіпертензивну терапію).

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Горбас І. М. Контроль артеріальної гіпертензії серед населення: стан проблеми за даними епідеміологічних досліджень // Український терапевтичний журнал. – 2012. – Вип. 2. – С. 21–26.
2. Малая Л. Т. Артеріальна гіпертонія. Внутренние болезни / Л. Т. Малая, Л. А. Лапшуна. – Чарков : ВТД «Університетська книга», 2012.
3. Свіщенко Є. П. Виявлення та лікування артеріальної гіпертензії в Україні: реальність та перспективи / Є. П. Свіщенко // Український терапевтичний журнал. – № 1. – С. 13–16.
4. Сіренко Ю. М. Артеріальна гіпертензія / Ю. М. Сіренко, Г. Д. Радченко, І. М. Марзовенко. – 2012. – Вип. 4. – С. 7–23.
5. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. – Geneva, WHO, 2013. – 198 p.
6. Bardage C. Hypertension and healthrelated quality of life: an epidemiological study in Sweden / C. Bardage, D. Isacson // J. Clin. Epidemiol. – 2014. – Vol. 54. – P. 172–181.
7. Functional status outcomes of patients with a coronary artery by pass graft to vertebrae / S. Barnason, L. Zimmermann, A. Anderson [et al.] // Heart Lung. – 2015. – Vol. 29. – P. 33–46.
8. Quality of the life in treated hypertension: a cause-control community based study / C. Battersby, K. Hartley, A. Fletcher [et al.] // J. Hum. Hypertens. – 2015. – Vol. 9. – P. 981–986.
9. Baroletti S. Medication Adherence in cardiovascular disease / S. Baroletti, H. Dell'Orfano // Circulation. – 2015. – Vol. 121. – P. 1455–1458.
10. The effects of gender and age on health related behaviors / A. Deeks, C. Lombard, J. Michelson, H. Teede // BMC Public Health. – 2009. – Vol. 9. – P. 213.
11. Guidelines for the management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH)

and of the European Society of Cardiology (ESC) // Journal of Hypertension. – 2013. – Vol. 31. – P. 1281–1357.

12. Factors associated with lack of awareness and uncontrolled high blood pressure among Canadian adults with hypertension / M. E. Gee, A. Bienek, F. A. McAlister [et al.] // Can. J. Cardiol. – 2012. – Vol. 28 (3). – P. 375–382.

13. Gender differences in hypertension treatment, drug utilization patterns, and blood pressure control among US adults with hypertension: data from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999–2004 / Q. Gu, V. L. Burt, R. Paulose-Ram, C. F. Dillon // Am. J. Hypertens. – 2013. – Vol. 21 (7). – P. 789–798.

14. Antihypertensive medication use among US adults with hypertension / Q. Gu, R. Paulose-Ram, C. Dillon, V. Burt // Circulation. – 2006. – Vol. 113. – P. 213–221.

15. Treatment of hypertension in the elderly / H. L. Ooi, P. L. Coleman, J. Duggan, Y. M. O'Meara // Current Opinion in Nephrology and Hypertension. – 2013. – Vol. 6 (5). – P. 504–509.

16. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in older U.S. adults: data from the National Health and Nutrition Examination Survey 1998 to 2014 / Y. Ostchega, C. F. Dillon, J. P. Hughes [et al.] // J. Am. Geriatr. Soc. – 2015. – Vol. 55. – P. 1056–1065.

17. Quality of life in arterial hypertension / A. Roca-Cusachs, J. Ametlla, S. Calero [et al.] // Med. Clin. (Barc). – 2014. – Vol. 98. – P. 486–490.

18. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension / A. Roca-Cusachs, A. Dalfo, X. Badia [et al.] // J. Hypertens. – 2013. – Vol. 19. – P. 1913–1919.

19. Sang Hui Chu. Gender differences in hypertension control among older Korean adults: Korean social life, health, and aging project / Sang Hui Chu, Ji Won Baek, Eun Sook Kimetal // J. Prev. Med. Public Health. – 2015. – Vol. 48. – P. 38–47.



20. Stokes G. S. Management of hypertension in the elderly patients / G. S. Stokes // *Clin. Interv. Aging*. – 2014. – Vol. 4. – P. 379–389.

21. Amlodipine reduces predicted risk of coronary heart disease in high-risk patients with hypertension in Spain (The CORONARIA Study) / J. Zamorano, P. Rodriguez, J. Cosín [et al.] // *J. Int. Med. Res.* – 2013. – Vol. 36 (6). – P. 1399–1417.

## REFERENCES

1. Horbas, I.M. (2012). Kontrol arterialnoi hipertenzii spered naselennia: stan problemy za danymy epidemiologichnykh doslidzhen [Control of arterial hypertension among the population: the state of the problem according to epidemiological studies]. *Ukrainskyi terapevtichnyi zhurnal – Ukrainian Therapeutic Journal*, 2, 21-26 [in Ukrainian].
2. Malaya, L.T., & Lapshuna, L.A. (2012). *Arterialnaya gipertoniya. Vnutrennie bolezni [Arterial hypertension. Internal illnesses]*. Charkov: VTD "Universytetska knyha" [in Russian].
3. Svishenko, Ye.P. Vyavleniia ta likuvannia arterialnoi hipertenzii v Ukraini: realnist ta perspektyvy [Detection and treatment of arterial hypertension in Ukraine: reality and prospects]. *Ukrainskyi terapevtichnyi zhurnal – Ukrainian Therapeutic Journal*, 1, 13-16 [in Ukrainian].
4. Sirenko, Yu.M., Radchenko, G.D., & Marzovenko, I.M. (2012). Arterialnaya gipertenziya [Arterial hypertension]. 4, 7-23 [in Ukrainian].
5. (2013). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva, WHO.
6. Bardage, C., & Isacson, D. (2014). Hypertension and healthrelated quality of life: an epidemiological study in Sweden. *J. Clin. Epidemiol.*, 54, 172-181.
7. Barnason, S., Zimmermann, L., & Anderson, A. (2015). Functional status out comes of patients with a coronary artery by passgraf to vertime. *Heart Lung*, 29, 33-46.
8. Battersby, C., Hartley, K., & Fletcher, A. (2015). Quality of the life in treated hypertension: a cause-control community based study. *J. Hum. Hypertens.*, 9, 981-986.
9. Baroletti, S., & Dell'Orfano, H. (2015). Medication adherence in cardiovascular disease. *Circulation*, 121, 1455-1458.
10. Deeks, A., Lombard, C., Michelmor, J., & Teede, H. (2009). The effects of gender and age on health related behaviors, 9, 213.
11. (2013). Guidelines for the management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*, 31, 1281-1357.
12. Gee, M.E., Bienek, A., McAlister, F.A., Robitaille, C., Jofres, M., & Tremblay, M.S. (2012). Factors associated with lack of awareness and uncontrolled high blood pressure among Canadian adults with hypertension. *Can. J. Cardiol.*, 28 (3), 375-382.
13. Gu, Q., Burt, V.L., Paulose-Ram, R., & Dillon, C.F. (2013). Gender differences in hypertension treatment, drug utilization patterns, and blood pressure control among US adults with hypertension: data from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2004. *Am. J. Hypertens.*, 21 (7), 789-798.
14. Gu, Q., Paulose-Ram, R., Dillon, C., & Burt, V. (2006). Antihypertensive medication use among US adults with hypertension. *Circulation*, 113, 213-221.
15. Ooi, H.H.L., Coleman, P.L., Duggan, J., & O'Meara, Y.M. (2013). Treatment of hypertension in the elderly. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 6 (5), 504-509.
16. Ostchega, Y., Dillon, C.F., Hughes, J.P., Carroll, M., & Yoon, S. (2015). Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in older U.S. adults: data from the National Health and Nutrition Examination Survey 1998 to 2014. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 55, 1056-1065.
17. Roca-Cusachs, A., Ametlla, J., & Calero, S. Quality of life in arterial hypertension. *Med. Clin. (Barc)*, 98, 486-490.
18. Roca-Cusachs, A., Dalfo, A., & Badia, X. (2013). Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. *J. Hypertens.*, 19, 1913-1919.
19. Sang Hui Chu, Ji Won Baek, Eun Sook Kimetal (2015). Gender differences in hypertension control among older Korean adults: Korean social life, health, and aging project. *J. Prev. Med. Public Health*, 48, 38-47.
20. Stokes, G.S. (2014). Management of hypertension in the elderly patients. *Clin. Interv. Aging*, 4, 379-389.
21. Zamorano, J., Rodriguez, P., & Cosín, J. (2013). Amlodipine reduces predicted risk of coronary heart disease in high-risk patients with hypertension in Spain (The CORONARIA Study). *J. Int. Med. Res.*, 36 (6), 1399-1417.

## ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

©А. А. Алифер

*Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев*

**РЕЗЮМЕ.** Артериальная гипертензия (АГ) неизменно остается главным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, инвалидизации и преждевременной смерти. По определению Всемирной организации здравоохранения, АГ – крупнейшая в истории человечества неинфекционная пандемия, определяющая структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

**Целью** исследования было определение изменений качества жизни у пациентов с артериальной гипертензией в зависимости от возрастного аспекта.

**Материал и методы.** Обследовано 60 пациентов с АГ, возраст которых колебался от 51 до 76 лет и в среднем составил  $(58,19 \pm 0,80)$  лет. При этом 11 пациентов женского пола были в возрасте от 51 до 59 лет (18,3 %), 12 пациентов – от 60 до 69 лет (19,9 %), 9 пациентов – от 70 до 76 лет (14,9 %), 16 пациентов мужского пола были в возрасте от 54 до 65 лет (26,6 %), и 12 обследованных в возрасте 66 лет и старше (19,9 %).

Всем больным в начале и в конце исследования проводили офисное измерение систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, оценку качества жизни с помощью опросника SF-36.

**Выводы.** В результате исследования выявлено, что показатели КЖ пациентов с АГ статистически значительно снижены по всем шкалам опросника SF - 36, за исключением шкалы социального функционирования (СФ). Чем выше была степень снижения САД и ДАД, тем больше росла оценка физического и психического компонентов здоровья.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** артериальная гипертензия; качество жизни; возрастной аспект; опросник SF-36.

## CHANGES IN QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN THE AGE ASPECT

©O. O. Alifer

*O. Bohomolets National Medical University, Kyiv*

**SUMMARY.** Arterial hypertension (AH) is the main risk factor for cardiovascular disease, disability and premature death. According to the World Health Organization, AH is the largest non-infectious pandemic in the history of mankind, which determines the structure of cardiovascular morbidity and mortality.

**The aim** of the study was to measure the changes in quality of life in patients with hypertension, depending on the age aspect.

**Materials and Methods.** 60 patients with hypertension, aged from 51 to 76 years and averaged  $58.19 \pm 0.80$  years were examined. Among them, 11 females were from 51 to 59 years old (18.3 %), 12 females – 60 to 69 years old (19.9 %), 9 females – 70–76 years old (14.9 %), and 16 males – from 54 to 65 years old (26.6 %), and 12 males were 66 years old and older (19.9 %).

Office measurement of systolic (SBP) and diastolic (DBP) blood pressure and life quality assessment using the SF-36 questionnaire were performed to all patients at the beginning and at the end of the study.

**Conclusions.** As a result of the study, it was found that the quality of life values of patients with hypertension were statistically significantly lowered in all scales of the SF – 36 questionnaire, except of the social functioning scale (SF). The higher was the degree of reduction in SBP and DBP, the greater was the evaluation of the physical and mental component of health.

**KEY WORDS:** arterial hypertension; quality of life; age aspect; questionnaire SF-36.

Отримано 14.07.2017